

Date personale ale persoanei care urmează a fi vaccinată – Nuvaxovid (Novavax)

Nume de familie*

Prenume*

Număr de asigurare socială (toate cele 10 cifre)*

Data nasterii (ZZ.LL.AAAA)*

Sex:*

feminin

masculin

divers

intersex

nedeterminat

nicio mențiune

Adresă (cod poștal, localitate, stradă, număr, scară, apartament)

Număr de telefon

Adresă de e-mail

După caz, numele reprezentantului legal

Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări

Selectați răspunsul corespunzător

1. Ați suferit deja o **infecție cu SARS-CoV-2** (confirmată prin test PCR), cu **COVID-19** (confirmată prin test PCR) sau ați avut **anticorpi anti-coronavirus** (doar test de neutralizare sau rezultate corelate privind testul de neutralizare)? Da Nu

Dacă da, când?

2. Suferiți sau ați suferit în ultimele 7 zile de o **afecțiune sau o infecție acută** (de exemplu, febră, tuse, strănut, dureri în gât, altele)? Da Nu

Dacă da, de ce anume?

3. Ați manifestat vreodată un **șoc alergic cu scăderea tensiunii arteriale, dificultăți respiratorii severe sau leșin**? Da Nu

Dacă da, ce anume?

4. Ați primit deja un **vaccin împotriva COVID-19**, ați primit în **ultimele 4 săptămâni un alt vaccin** sau urmați în prezent o **imunoterapie alergen specifică/hiposensibilizare**? Da Nu

Dacă da, care și când?

5. Ați avut, în trecut, **probleme de sănătate sau reacții adverse ulterior unei vaccinări** (cu excepția reacțiilor locale ușoare, precum roșeață, umflare, dureri la locul introducerii acului sau febră ușoară)? Da Nu

Dacă da, după ce vaccinare și ce probleme sau reacții?

6. Suferiți de **alergie la medicamente sau la ingredientele vaccinului** (a se vedea prospectul)? Da Nu

Dacă da, la care?

7. Luați regulat **medicamente anticoagulante**? Da Nu

Dacă da, ce medicamente?

8. Suferiți de **afecțiuni severe sau cronice** (de exemplu, imunodeficiență, cancer, boli autoimune, coagulopatie, boli inflamatorii cronice)? Da Nu

Dacă da, ce afecțiuni?

9. Urmați în prezent **chimioterapie și/sau radioterapie** sau luați **imunosupresoare** (de ex., cortizon)? Da Nu

Dacă da, care?

10. Aveți planificată o **intervenție chirurgicală**? Da Nu

Dacă da, când?

11. Sunteți **însărcinată**? Da Nu

Dacă da, în ce săptămână de sarcină?

Declarație de consimțământ – Nuvaxovid (Novavax)

Versiunea 1.2, ediția: 04.03.2022

După vaccinarea împotriva COVID-19 apar deseori reacții la vaccin, care dispar, în general, de la sine în decurs de câteva zile. La locul vaccinării pot apărea foarte frecvent sensibilitate la presiune, dureri, sau pot apărea frecvent roșeață sau inflamație. În plus, pot apărea foarte frecvent senzația puternică de oboseală sau starea de disconfort general, dureri de cap, dureri musculare sau articulare, greață sau vărsături, respectiv pot apărea frecvent febră sau frisoane. Foarte frecvent înseamnă că sunt afectate mai mult de 1 din 10 persoane vaccinate, iar frecvent înseamnă că sunt afectate până la 1 din 10 persoane vaccinate. Pot apărea reacții alergice puternice. După vaccinare se recomandă odihnă timp de trei zile, precum și evitarea activităților sportive timp de o săptămână.

Pentru detalii, vă rugăm să consultați prospectul pus la dispoziție în format electronic. La solicitare, prospectul vă poate fi pus la dispoziție în format tipărit. Dacă aveți alte întrebări, vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră. Pentru a consulta prospectul vaccinului anti-COVID-19 Nuvaxovid (Novavax), vă rugăm să scanați codul QR (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



Prin semnătura mea, confirm:

- că am citit și am înțeles prospectul referitor la vaccinul menționat sau acesta mi-a fost explicat corespunzător. Din acest prospect m-am putut informa cu privire la posibilele reacții adverse și aspecte care sunt contraindicate vaccinării în ceea ce mă privește.
- că înțeleg în mod corespunzător beneficiile și riscurile vaccinării și că nu am nevoie de clarificări suplimentare,
- că sunt de acord cu efectuarea vaccinării gratuite și
- că am fost informat/ă cu privire la prelucrarea prevăzută a datelor mele cu caracter personal în Registrul de vaccinare conform Legii privind telematica în domeniul sănătății din 2012 (a se vedea <https://www.elga.gv.at/datenschutzzerklaerung>).



Nuvaxovid este autorizat pentru persoane începând cu vârsta de 18 ani, pentru prima și a doua vaccinare în cadrul unei scheme de vaccinare omoloage (= același tip de vaccin la ambele vaccinări). Alte utilizări nu sunt autorizate în prezent.

Dacă mai aveți întrebări, vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră înainte de semnarea acestei fișe.

În cazul minorilor fără capacitate de exercițiu (copii cu vârsta sub 14 ani) sau al persoanelor fără capacitate de decizie, se va obține acordul reprezentantului legal (tutore, reprezentant al adultului sau persoană împuternicită cu îngrijirea) al persoanei care urmează a fi vaccinată. Tinerii (minorii cu capacitate de exercițiu începând cu vârsta de 14 ani) trebuie să își exprime ei înșiși consimțământul, dacă au capacitate de decizie.

Data (ZZ.LL.AAAA)

Semnătura persoanei care urmează să fie vaccinată sau a reprezentantului legal

Informații importante: Pentru eventualitatea apariției unei reacții (greață, leșin, alergie etc.), vă rugăm să rămâneți, pentru siguranța dumneavoastră, încă 20 minute după vaccinare în apropierea medicului. Dacă suspectați apariția unor reacții adverse, vă rugăm să vă adresați medicului sau farmacistului. Aceștia sunt obligați să raporteze reacțiile adverse suspectate. Sesizările privind reacțiile adverse pot fi efectuate însă și de către dumneavoastră sau aparținătorii dumneavoastră. Puteți găsi mai multe informații privind posibilitățile de raportare online pe pagina <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> sau ne puteți contacta la numărul 0800 555 621.

**Atenție: A nu se completa – se va completa doar de către instituția de vaccinare**

Instituția de vaccinare/Organizația (număr de partener contractual, dacă este cazul)*

Spațiu pentru observații ale cadrelor medicale

 Prima vaccinare

 A doua vaccinare

 Partea superioară a brațului stâng

 Pregătire de către o terță parte

 Vaccinare suplimentară (neaprobată):

 Partea superioară a brațului drept

Număr lot (LOT sau denumirea lotului)*

Data vaccinării (ZZ.LL.AAAA)*

Numele medicului responsabil*

Numele persoanei care efectuează vaccinarea (dacă diferă)

 Cetățean neidentificabil în mod clar

Semnătura medicului responsabil